

María Asunción Alonso Amigo
Jorge Petrement Briones
Noelia Décano González
Begoña Rayado Marcos
Javier Martínez Salmean

Adenocarcinoma de cérvix y embarazo

Cervical adenocarcinoma and pregnancy

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Severo Ochoa.
Leganés (Madrid). España.

Correspondencia:

Dra. M.A. Alonso Amigo.
Avda. Europa, 86. 28905 Getafe (Madrid). España.
Correo electrónico: malonsoa@sego.es

Fecha de recepción: 22/10/2007.
Aceptado para su publicación: 15/1/2008.

RESUMEN

El 3% de los cánceres de cérvix se diagnostican en mujeres embarazadas. La decisión terapéutica está en función de la edad gestacional, el estadio de la enfermedad y los deseos de la paciente una vez informada sobre el pronóstico y el tratamiento. Presentamos un caso de adenocarcinoma de cérvix diagnosticado en la semana 28.^a de embarazo.

PALABRAS CLAVE

Embarazo. Cáncer de cérvix. Adenocarcinoma.

ABSTRACT

The three percent of cervical cancers are diagnosed during pregnancy. Therapeutic management is according to gestational age, extend of disease and patient desires after being well informed about prognosis and treatment. We report a case of cervical adenocarcinoma wich was diagnosed at 28 weeks of pregnancy.

KEY WORDS

Pregnancy. Cervical cancer. Adenocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia del carcinoma de cérvix en la literatura científica es de 1 en 1.200-10.000 embarazos y en 1 cada 34 carcinomas de cérvix la paciente está embarazada. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad en el embarazo plantean unas limitaciones por la edad gestacional, el estadio clínico de la enfermedad y el deseo del embarazo de la paciente. El embarazo ofrece una oportunidad inestimable para la práctica de la citología de cribado en el diagnóstico precoz de la enfermedad. La frecuencia de presentación de citologías anormales durante el embarazo es del 5-8%, igual que fuera del mismo y el 1% de estas citologías puede ser un carcinoma invasor. El tipo histológico más frecuente, al igual que fuera del embarazo, es el epidermoide. El diagnóstico en la mujer embarazada generalmente es en los estadios tempranos de la enfermedad, que son subsidiarios de tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 36 años. Como antecedentes ginecoobstétricos presentaba: una interrupción voluntaria de embarazo a los 19 años, un embarazo y un parto gemelar por vía vaginal tras fertilización in vitro a los 33 años, que requirió

408 transfusión sanguínea por hemorragia puerperal, y anticoncepción hormonal oral hasta los 29 años.

En este embarazo, la paciente fue vista por primera vez en la semana 12.^a. En la exploración destacaba la descripción de una ectopia polipoidea en el labio anterior del cuello uterino y una citología cervicovaginal informada como negativa para malignidad, con una muestra valorable y representativa, cambios inflamatorios leves y alteraciones metaplásicas benignas. En la semana 28.^a de embarazo presentó un episodio de flujo vaginal sanguinolento. En la exploración, se apreciaba un pólipo endocervical friable que se extirpó por torsión. El informe anatómopatológico del material remitido fue de adenocarcinoma endocervical bien diferenciado.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Ecografía obstétrica: feto en presentación cefálica, con una biometría acorde con la edad gestacional, placenta en el fondo y cara posterior y líquido amniótico normal.

- Serología de embarazo: RPR, toxoplasmosis, hepatitis B y VIH negativos, y rubéola positiva. *Es-treptococcus agalactiae*: negativo.

- Analítica de sangre y orina: normal.

- Grupo sanguíneo: A Rh+. Escrutinio de anticuerpos irregulares, negativo.

- Marcadores tumorales: CA 125 (13,1 U/ml) y SCC (0,7 ng/ml), normales.

- Ecografía abdominal: 2 lesiones ocupantes de espacio en segmento IV del lóbulo hepático izquierdo compatibles con hemangiomas.

- Resonancia magnética (RM) pélvica: no se visualizaron adenopatías. Útero gestante. En el cérvix, el estroma fibromuscular estaba íntegro y sugería un estadio I de la enfermedad.

- En esta paciente no se realizó radiografía de tórax puesto que se trataba de un estadio IB1 prequirúrgico bien diferenciado.

En la semana 36 de embarazo se practicó una cesárea segmentaria transversa y una histerectomía radical tipo III de Rutledge, con linfadenectomía pélvica. Durante la intervención se le transfundieron varios concentrados de hematíes y plasma.

El postoperatorio cursó con normalidad y fue dada de alta el 10.º día de la intervención con un síndrome miccional con urocultivo negativo.

El estudio histológico de la pieza procedente de la amputación cervical fue de adenocarcinoma mucinoso tipo endocervical, bien diferenciado, limitado al cérvix, márgenes libres, de 5 cm de extensión horizontal y 6,2 mm en profundidad. En el tejido procedente de la linfadenectomía se aislaron 15 ganglios, todos ellos libres de infiltración neoplásica.

El diagnóstico definitivo de la enfermedad fue: adenocarcinoma de cérvix bien diferenciado, en estadio IB de la FIGO.

Actualmente, la paciente está recibiendo tratamiento radioterápico.

DISCUSIÓN

El carcinoma invasor de cérvix es la neoplasia maligna ginecológica más frecuente durante el embarazo¹⁻⁵. La distribución por edades del cáncer de cuello es bimodal, de los 35 a los 39 años, que es un período reproductivo, y de los 60 a los 65 años. La tendencia actual de retraso de la maternidad puede conllevar un aumento de la frecuencia de presentación. Toda lesión invasora del cuello uterino diagnosticada en los 6 meses después de un embarazo se considera presente durante el mismo³.

El diagnóstico de la enfermedad incluye: la clínica, la citología, la colposcopia, la biopsia dirigida, la conización y los estudios de imagen para determinar la extensión de la enfermedad.

La clínica depende del estadio y del tamaño de la lesión. En el estadio IA, la mayoría de las lesiones son asintomáticas. En el estadio IB, aproximadamente el 50% de las lesiones son asintomáticas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: sangrado genital (63%), dolor pélvico y sangrado poscoital^{1,3,6}. Estas manifestaciones son relativamente frecuentes en un embarazo no complicado, lo que hace que sean frecuentes los retrasos en el diagnóstico. Por tanto, todo sangrado vaginal o lesión cervical sospechosa debe de ser cuidadosamente estudiada y biopsiada^{3,6}.

En la mayoría de los casos, la citología cervicovaginal es el medio diagnóstico. El embarazo es un momento ideal para el cribado por el acceso y la aceptación de la embarazada a esta prestación^{1,6}. A pesar de que la fiabilidad de la citología es igual a la de fuera del embarazo, es más difícil su interpre-

tación y el citólogo debe de conocer el estado gestacional.

En todos los frotis anormales está indicada la realización de una colposcopia y biopsias dirigidas que conllevan un riesgo muy escaso, 1,3% de sangrados que ceden con compresión o taponamiento^{1,3,6}. En el embarazo está contraindicado el legrado endocervical por el riesgo de rotura prematura de membranas³.

La única indicación de conización en el embarazo es descartar la presencia de invasión o microinvasión si ésta va a modificar el momento y el tipo de parto por el elevado riesgo de complicaciones (hemorragia, aborto, parto prematuro e infección) y únicamente con fines diagnósticos y no terapéuticos^{1,3}. El momento óptimo para su realización es de la 14.^a a la 20.^a semana gestacional, y no se debe de realizar en las 4 semanas previas al parto por el riesgo de desgarros^{1,3}.

En el estudio de extensión de la enfermedad se debe de recurrir a los estudios menos ionizantes como la ecografía abdominal y pélvica y la RM pélvica. La RM permite conocer el estado de los ganglios de la pelvis y la extensión de la enfermedad. En las pacientes con una histología de peor pronóstico puede realizarse una radiografía de tórax con protección abdominal¹.

El manejo terapéutico de la enfermedad depende de la edad gestacional en el momento del diagnóstico, el estadio y el tamaño de la lesión y los deseos de la paciente sobre la gestación y la futura fertilidad. Todos los autores coinciden en que ni la evolución de la enfermedad ni la supervivencia maternas se ven afectadas por el embarazo y que el cáncer de cérvix no parece influir negativamente en el embarazo.

El tratamiento quirúrgico permite la conservación de la función ovárica y sexual, que en el caso de las mujeres jóvenes es muy importante.

Antes de la 12.^a semana gestacional en los estadios IA1 con márgenes afectados, IA2, IB o IIA, está indicada la terminación del embarazo y el tratamiento inmediato.

En el estadio IA, el tipo de parto responde a indicación obstétrica y no es necesaria la terminación del embarazo en el segundo y tercer trimestres. El tratamiento definitivo se pospone a las 6-8 semanas posparto. En el seguimiento del embarazo se debe de realizar una exploración clínica y una colposcopia cada 4 semanas³.

En el estadio IB, el tratamiento se puede retrasar de 6 a 12 semanas hasta alcanzar la madurez fetal y está indicada la realización de una cesárea seguida en la misma intervención de histerectomía radical y linfadenectomía¹. Se puede acelerar la madurez fetal con la administración de corticoides^{3,6}.

En lesiones más avanzadas, indiferenciadas o con progresión de la enfermedad durante el embarazo, se recomienda tratamiento inmediato¹. Antes de la 20.^a semana gestacional la intervención se realiza con el feto intraútero y después de la 20.^a semana gestacional se procede a la evacuación uterina antes de la histerectomía².

Cuando se desestima la cirugía y se decide tratamiento con radioterapia antes de la 20.^a semana gestacional y es necesario el tratamiento inmediato, se administra con el feto intraútero; después de la 20.^a semana es recomendable la evacuación uterina porque hay un riesgo de fracaso de expulsión espontánea del 27%. Complicaciones como infección y hemorragia son más frecuentes que fuera del embarazo (22%)⁴.

La indicación de anexectomía en el adenocarcinoma del cérvix es controvertida; mientras que no parece que aumenten las recurrencias pélvicas⁷, en algunos trabajos parece mayor la frecuencia de afectación ovárica en el adenocarcinoma⁸.

En cuanto a la quimioterapia neoadyuvante en el carcinoma de cérvix y embarazo de menos de 20 semanas gestacionales, lo publicado se limita a casos aislados y es una opción terapéutica que se debe tomar con la paciente muy bien informada sobre el pronóstico de su enfermedad, el tipo de tratamiento y la escasa información de esta posibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calsteren KV, Vergote I, Amant F. Cervical neoplasia during pregnancy: Diagnosis, management and prognosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19:611-30.
2. Jones WB, Shingleton HM, Russel A, Fremgen AM, Clive RE, Winchester DP, et al. Cervical carcinoma and pregnancy. A National Patterns of Care Study of the American College of Surgeons. *Cancer.* 1996;77:1479-88.
3. Nguyen C, Montz FJ, Bristow RE. Management of stage I cervical cancer in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2000;55:633-43.
4. Sood AK, Sorosky JI, Mayr N, Krogman S, Anderson B, Buller R, et al. Radiotherapeutic management of cervical carcinoma that complicates pregnancy. *Cancer.* 1997;80:1073-8.
5. Ward RM, Bristow RE. Cancer and pregnancy: recent developments. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002;14:613-7.
6. Zoundi-Ouango O, Morcel K, Classe JM, Burtin F, Audrain O, Levêque J. Lésions cervicales utérines pendant la grossesse: diagnostic et prise en charge. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006;35:227-36.
7. Sutton GP, Bundy BN, Delgado G, Sevin BU, Creasman WT, Major FJ, et al. Ovarian metastases in stage IB carcinoma of the cervix: a Gynecologic Oncology Group Study. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166:50-3.
8. Shimada M, Kigawa J, Nishimura R, Yamaguchi S, Kuzuya K, Nakanishi T, et al. Ovarian metastasis in carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol.* 2006;101:234-7.